

平成26年度福岡県肝炎ウイルス検査事業における
B型及びC型肝炎ウイルス検査について

1 目的

B型肝炎ウイルス検査またはC型肝炎ウイルス検査を過去に一度も受けていない者に対して、肝炎ウイルス感染状況を確認し必要に応じて適切な治療につなげることにより、肝炎による健康障害を回避し、肝硬変及び肝臓がんを予防する。

2 対象者

福岡県在住（北九州市・福岡市・大牟田市・久留米市在住を除く）の20歳以上で、過去に同様の検査を一度も受けていない者

3 検査項目

(1) B型肝炎ウイルス検査

HBs抗原検査

(2) C型肝炎ウイルス検査

HCV抗体検査

HCV核酸増幅検査

※ HCV核酸増幅検査は、HCV抗体検査において陰性以外（高力価・中力価・低力価）の場合に実施

4 検査結果の判定

別紙1参照

5 検査料金

1件あたり 4,330円（税込）

6 契約条件

- (1) 陽性者を確実に受診勧奨すること
- (2) 肝炎ウイルス研修会に参加すること

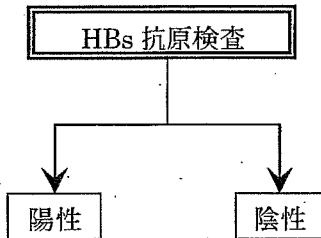
7 検査及び支払手続

別紙2参照

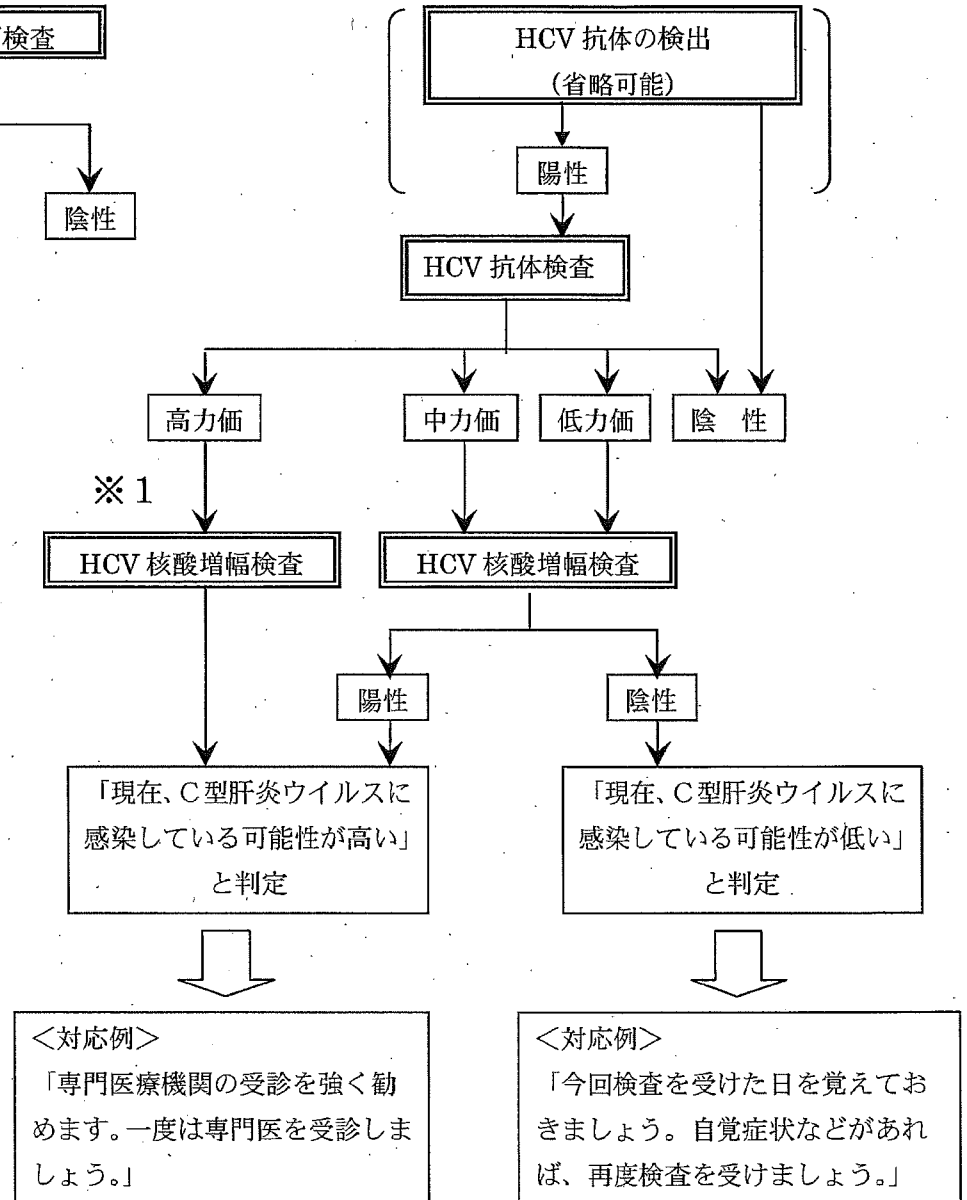
医療機関における B 型及び C 型肝炎ウイルス検査結果の判定について

1 検査項目

(1) B型肝炎ウイルス検査



(2) C型肝炎ウイルス検査



※1 福岡県では、専門医療機関における精密検査と診療方針の検討を前提としたものとして HCV 核酸増幅検査は有用であると考え、HCV 抗体検査で高力価と判定されたものに対しても HCV 核酸増幅検査を実施します。

については、高力価の場合は、HCV 核酸増幅検査の結果に関わらず「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定し、専門医療機関への受診を勧奨してください。

検査及び支払手続の流れ

1 検査

<検査医療機関>

- ①対象者へ問診等(問診票1~3枚目)を行い、陽性の場合、2か月以内に必ず県が指定した福岡県肝疾患専門医療機関(以下「専門医療機関」と略)または肝炎治療医療機関(以下「治療医療機関」と略)を受診することを確認し、検査〔HBs抗原、HCV抗体(高・中・低力価の場合はHCV核酸増幅)〕を行う。
- ②陽性の場合、紹介状兼報告書(4枚目)及び精密検査報告書(5枚目)を陽性者へ渡し、専門医療機関または治療医療機関へ受診するよう伝える。
- ⑤保健福祉環境事務所からの未受診者報告を受けた場合、未受診者へ受診勧奨を行う。

<専門医療機関または治療医療機関>

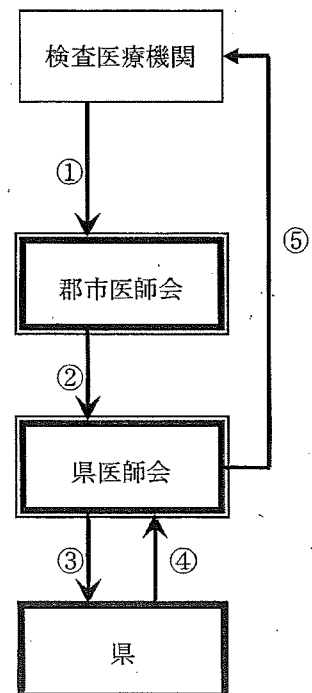
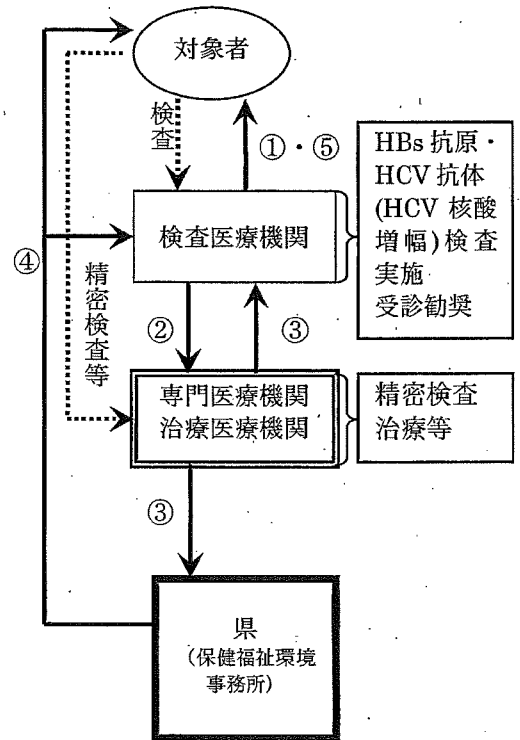
- ③陽性者の精密検査・治療等を行い、紹介状兼報告書(4枚目・保管福祉環境事務所への報告用)及び精密検査報告書(5枚目・検査医療機関への報告用)に記入し、保健福祉環境事務所及び検査医療機関へ送付する。

<保健福祉環境事務所>

- ④陽性者が専門医療機関または治療医療機関に受診していないことが確認された場合、検査医療機関へ報告し、未受診者へ受診勧奨を行う。

2 支払

- ①検査医療機関は、問診票(1・2枚目)と実績報告書兼請求書を郡市医師会へ送付する。
- ②郡市医師会は、問診票(1・2枚目)と実績報告書兼請求書を審査し、県医師会へ送付する。
- ③県医師会は、問診票(1枚目)と実績報告書兼請求書を審査し、県へ送付する。
- ④県は、問診票と実績報告書兼請求書を審査し、県医師会へ検査費用を支払う。
- ⑤県医師会は、検査医療機関へ検査費用を支払う。



福岡県肝炎ウイルス検査実績報告書兼請求書

公益社団法人福岡県医師会長 殿

住所

医療機関名

代表者名

印

平成 年度 月分の肝炎ウイルス検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

1) 請求額

	一件あたりの料金（消費税込）	件数	合計
肝炎ウイルス検査	4, 330円		円
請求金額			円

2) 理由

理 由	件数
・1992年（平成4年）以前に輸血を受けたことがある	
・長期に血液透析を受けている	
・非加熱凝固因子製剤や1994年（平成6年）以前にフィブリノゲン製剤（フィブリン糊としての使用を含む）の投与を受けたことがある	
・臓器移植を受けたことがある	
・過去に肝機能異常を指摘されたことがある（GOT・GPT値が要指導判定）	
・医師が肝炎ウイルス検査を必要と判断した	
合 計	

3) 陽性者

検査項目	対象者	陽性者
B型肝炎ウイルス検査	名	名
C型肝炎ウイルス検査	名	名

(振込先金融機関)

銀行			支店	口座名義人
預 金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口 座 番 号		カガナ 氏名